

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THESE

N°

402

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE LA VOIE SUS-PUBIENNE TRANSVÉSICALE
DANS LA CURE
DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

PAR

ALEJANDRO J. D'ÁVALOS

Né à Assomption (Paraguay), le 29 Mai 1892

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920

402

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE LA VOIE SUS-PUBIENNE TRANSVÉSICALE

DANS LA CURE

DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES



PAR

ALEJANDRO J. D'ÁVALOS

Né à Assomption (Paraguay), le 29 Mai 1892

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

Professeurs.....

MM.

Anatomie.....
Médecine opératoire.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHT
WEISS
DESGREZ
BEZANCON
BRUMPT
N.
VAQUEZ
GOSSET
LETULLE
PRENANT
DUVAL
POUCHET
CARNOT
BERNARD
BALTHAZARD
MÉNTRIÉR
ROGER

Clinique médicale.....

ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
MUTINEL

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....

Maladies des enfants.....

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....

Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique des maladies contagieuses.....

DUPRE
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
PIERRE DELBET
QUENU
LEJARS
HARTMANN
DE LAPERSONNE
LEGUEU
BAR
COUVELAIRE
RIBEMONT DES
SAIGNES

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....

Clinique chirurgicale infantile.....

Clinique thérapeutique.....

Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....

J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
ALBERT ROBIN
SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE
BRANCA
CAMUS
CASTAIGNE
CHAMPY
CHEVASSU
DESMARET
GOUGERO
GREGOIRE
GUENOT
GUILLAIN

JEANNIN
JOUSSET ANDRÉ
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS
LECENE
LEMIERRE
LENORMANT
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI

LEPER
MOCQUOT
MULON
NICLOUX
NOBECOURT
OKINCZYC
OMBREDANNE
RATHERY
RETTERRER
RIBIERRE
RICHAUD

ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
SICARD
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET
ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON EXCELLENT MAITRE

M. LE DOCTEUR ARROU

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

J'exprime ici ma profonde et respectueuse gratitude pour son précieux enseignement et pour la haute distinction qu'il m'a accordée en m'appelant à remplir les fonctions d'interne dans son service pendant près de 3 ans.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR FREDET

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

En reconnaissance de tout ce qu'il a bien voulu m'enseigner et pour la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR MARION

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOSIÈRE
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

Qui a mis obligeamment à ma disposition les belles figures qui illustrent cette thèse. Je suis heureux de lui exprimer ma sincère reconnaissance pour ce qu'il m'a appris en Urologie.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1913-1920

M. LE DOCTEUR HARTMANN

M. LE DOCTEUR ARROU

M. LE DOCTEUR FREDET

M. LE DOCTEUR DEMELIN

M. LE DOCTEUR VAQUEZ

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

M. LE DOCTEUR MARION

M. LE DOCTEUR HEITZ-BOYER

A MES AUTRES MAITRES

M. LE DOCTEUR JEAN ROUGIER

ET

M. LE DOCTEUR GEORGES AUDAIN

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En témoignage de ma très vive affection et de ma reconnaissance pour tous ses sacrifices.

A MA TANTE

qui a été ma mère pour son dévouement.

A MON ONCLE

A MES SŒURS ET FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

PROFESSEUR À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour l'honneur qu'il me fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*



INTRODUCTION

Pendant longtemps la voie vaginale a été la seule voie d'abord aux fistules vésico-vaginales. Il ne pouvait être autrement car elle est née à une époque où le danger de l'infection limitait naturellement l'action des opérateurs. Avec le progrès de l'asepsie d'autres voies ont été ouvertes et nous avons aujourd'hui la voie sus-pubienne trans-vésicale, la voie ischio-rectale, la voie vagino-parasacrée, la voie trans-péritonéale et la voie transpéritonéo-vésicale.

Quelques-unes de ces voies n'ont été appliquées que par leurs promoteurs et ont été déjà presque oubliées.

Le nombre des succès obtenus par la voie vaginale ne se comptent plus à l'heure actuelle. Mais cette voie, avec ses méthodes diverses, reste insuffisante pour un grand nombre de fistules dont les modalités spéciales les rendent difficilement accessibles par la voie naturelle. C'est à propos de ces fistules difficiles que la question du traitement des fistules vésico-vaginales a été de nouveau mise à l'ordre du jour dans les récentes discussions de la Société d'urologie et de la Société de chirurgie.

Les excellents résultats que nous avons vu obtenir

par la voie transvésicale dans le service de notre Maître M. le professeur agrégé Marion, nous ont décidé à le prendre comme sujet de ce travail. Après un court exposé sur l'histoire de ce procédé, nous en étudions la technique, les indications et les résultats.

CHAPITRE I

Historique

La taille vésicale sus-pubienne, pratiquée dans le but d'entreprendre le traitement des fistules vésico-vaginales, a été réalisée pour la première fois par Trendelenburg. Le 12 mars 1881, il tenta de fermer par la voie transvésicale une large fistule adhérente par ses bords à la symphyse pubienne. Cette première opération fut suivie d'insuccès. En 1884, il renouvela sans plus de chance, la même tentative sur une autre malade. Ces deux observations furent publiées en 1885 par Willy Meyer. Malgré ces deux échecs, Trendelenburg persiste dans cette nouvelle opération, à l'occasion de laquelle il avait insisté sur les avantages de la position inclinée en 45° ; et trois autres interventions furent suivies de guérison.

Depuis, nombre de chirurgiens ont suivi son exemple, BRAUMM, MAGDELUNG, BARDENHEUER, EVERKE, en Allemagne ; MAC GILL, en Angleterre ; LÉOPOLD, en Amérique.

En France, le premier qui adopta cette nouvelle opération fut POUSSE, et dans son mémoire de 1894, paru dans les *Annales Provinciales de chirurgie*, il donnait les résultats de dix observations de divers chirurgiens. Ces dix observations inspirèrent les travaux de TEYNAC (Bordeaux) et DOUMERC (Montpellier).

Tous les opérateurs, jusqu'alors, n'avaient employé que l'avivement du bord de la fistule pour le fermer. En 1895, DUPLAY préconise le dédoublement comme méthode de choix à propos d'une malade qu'il avait guérie par la voie trans-vésicale.

Des cas nouveaux sont rapportés dans les thèses de MARTIN (Paris 1897) ; THIERS (Lyon 1903) et SURIN (Lyon 1908). Ce dernier insiste pour la première fois sur l'utilité de la cystoscopie.

A la Société de chirurgie, les communications de SEGOND (1900) et DELBET (1901) passent inaperçues et ce n'est qu'en 1912, à propos d'une observation de CHEVASSU, que MICHON fait un rapport très intéressant. La même année CHEVASSU suggère la thèse de Gourvitch qui rassemble 25 observations.

En 1914, FRANCEY augmente le nombre des cas publiés et réunit 33 observations.

A la séance de la Société de Chirurgie du 29 janvier 1919 et à celle de la Société d'Urologie du 16 juin 1919, M. Marion défend le traitement des fistules vésico-vaginales par la voie trans-vésicale qu'il préfère à la voie trans-péritonéo-vésicale suivie par M. le Professeur LEGUEN.

Dernièrement encore, M. MARION faisait une com-

munication qui a vivement intéressé la Société de Chirurgie, à propos de 13 cas qu'il a opérés avec succès. Une observation a été publiée dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie* du 25 février. Les 12 restantes, augmentées de deux nouvelles observations, sont publiées à la fin de ce travail.

LES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

Avant de décrire la technique et de poser les indications du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale, un léger aperçu sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de ces fistules nous semble nécessaire.

ETIOLOGIE. — Il est classique de les distinguer en fistules obstétricales, opératoires, pathologiques et traumatiques.

Les *fistules obstétricales* sont consécutives le plus souvent à un accouchement laborieux tels qu'une présentation de l'épaule, une viciation du bassin, un volume exagéré de la tête fœtale la longue durée de travail. La compression prolongée de la cloison vésico-vaginale produit la mortification de la région comprimée qui se détache vers le 4^e jour comme une plaque de sphacèle.

D'autres fistules obstétricales sont dues à des applications maladroites de forceps ou à une basiotripsie.

TEDENAT cite un cas dans lequel la fistule serait « due à un véritable éclatement de la vessie prolabée au-dessous de la présentation et comprimée violem-

ment, au moment de l'extraction, entre la tête fœtale et la ceinture pelvienne ».

De l'avis de tous les chirurgiens les fistules obstétricales deviennent de plus en plus rares. Par contre, les *fistules opératoires* sont plus fréquentes ; elles sont dues à une taille vaginale ou à une blessure accidentelle de la vessie au cours d'une hystérectomie totale vaginale ou abdominale.

Les *fistules pathologiques ou spontanées* sont consécutives à une ulcération progressive de la cloison vésico-vaginale, à point de départ vésical ou vaginal. Dans la vessie ce sont, en général, les calculs infectés ; dans le vagin ce sont les pessaires volumineux longtemps négligées par les soins hygiéniques.

Quelques maladies générales comme la diphtérie, la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine s'accompagnent de vaginite ulcéreuse ou gangreneuse. Dans ces cas une fistule peut être occasionnée par la chute d'une eschárre.

On a cité quelques cas exceptionnels de fistules produites par une gomme syphilitique de la cloison vésico-vaginale.

On rencontre encore des fistules consécutives à une tuberculose vésicale.

Dans les périodes ultimes du cancer du col de l'utérus, de la vessie ou du vagin, on peut observer des fistules, mais elles n'ont aucun intérêt thérapeutique.

Enfin, les *fistules traumatiques* sont exceptionnelles. Dans un cas une chute en califourchon a été signalée. Dans le cas de la maladie dont nous donnons

l'observation (Observ. VI) la fistule serait due à des manœuvres pratiquées par la malade et dont on n'a pas pu faire préciser la nature.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La fistule a un siège très variable et occupe, en général, la ligne médiane. Les fistules obstétricales s'observent pour la plupart sur le tiers moyen du vagin ; les fistules opératoires siègent dans les tiers supérieurs.

En général unique, ses dimensions varient d'un petit pertuis difficile à découvrir, jusqu'à de larges pertes de substance intéressant une grande partie de la cloison vésico-vaginale et recto-vaginale, constituant un véritable cloaque uro-génital de DEROU-BAIX.

Les bords de la fistule sont quelquefois minces et souples et à leur niveau la muqueuse vésicale se continue avec la muqueuse vaginale. Lorsque la fistule est ancienne, les bords sont épaissis, indurés, scléreux.

Le vagin conserve dans la plupart des cas sa souplesse et tolère, en général, très bien l'écoulement des urines. Dans d'autres cas, la réparation spontanée de la perte de substance, due à la chute de l'escarre, ayant déterminé la fistule, aboutit à la formation d'un tissu cicatriciel scléreux ; le vagin devient alors induré, rétréci ou cloisonné en partie ou en totalité. La sclérose du vagin peut être aussi consécutive à un

état inflammatoire chronique, à des ulcérations répétées, créées par l'écoulement incessant d'urines infectées et irritantes ou à la décomposition de ces urines accumulées et retenues dans les diverticules vaginaux.

Du côté de la vessie on observe une diminution de capacité, la cystite et la formation de calculs.

CHAPITRE II

Soins pré-opératoires

Il faut attendre au moins six semaines après l'apparition de la fistule pour la traiter. Pendant ce temps les escarres ont été éliminées, les tissus sont moins vascularisés, moins friables sans être encore rétractés et scléreux.

Dans le cas où la fistule serait consécutive à une hystérectomie totale, pour cancer utérin, on doit explorer soigneusement les culs de sac du vagin pour se rendre compte de l'absence de récurrence.

Si la malade est encore réglée l'opération sera pratiquée dans les jours qui suivent les règles.

L'examen cystoscopique est très utile et doit être fait toutes les fois qu'il est possible. Il permet de vérifier d'abord la perméabilité de l'urèthre et il renseigne ensuite sur l'état de la vessie, sur le siège de la fistule en relation des orifices urétraux, et sur la présence de calculs ou de polypes. L'examen cystoscopique aide aussi à révéler les petites fistules qui

échappent à la vue lorsqu'on les examine par le vagin ; dans ce cas, en même temps qu'on procède à l'exploration vésicale, on pousse dans le vagin une injection colorante qui, pénétrant dans la vessie par la fistule, la met en évidence.

Le traitement pré-opératoire a une importance capitale pour le succès de l'opération. Il faut soigner l'érythème et les excoriations de la vulve et des régions inguinales, nettoyer le vagin, désinfecter la vessie et modifier les urines. La vulve sera rasée ; des savonnages répétés et des applications de poudres absorbantes ou de pomnade à l'oxyde de zinc font disparaître l'érythème et les excoriations de la vulve et des régions voisines ; des lavages abondants nettoient le vagin ; des instillations et des lavages au nitrate d'argent modifient l'état de la vessie ; l'urotropine, à l'intérieur, modifie les urines. Une pyurie abondante et persistante est signe de calcul vésical que l'examen cystoscopique aura déjà révélé.

L'avant-veille du jour de l'opération, la malade sera purgée ; la veille elle sera lavementée et puis constipée avec l'extrait d'opium. La vulve et le vagin seront savonnés et lavés abondamment. La paroi abdominale sera savonnée, nettoyée à l'alcool ou à l'éther et recouverte d'un pansement sec.

INSTRUMENTS

L'instrumentation comprend :

1. écarteur de Leguen.

1. pince en cœur longue et flexible.

- 1 bistouri coudé long.
- 1 bistouri ordinaire.
- 1 paire d'écarteurs de Farabeuf.
- 1 aiguille à pédale.
- 1 aiguille de Reverdin courbe.
- 1 pince à dissection longue.
- 1 pince à dissection ordinaire.
- 1 paire de ciseaux.
- Quelques pinces de Péan et de Kocher.

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION

Deux cas peuvent se présenter : 1° La fistule est insignifiante et ne donne qu'un écoulement goutte à goutte de l'urine ; 2° La fistule est importante et aucun liquide ne peut être retenu dans la vessie. Dans le premier cas on doit remplir la vessie d'eau, avant de commencer l'opération exactement comme pour la taille vésicale chez les prostatiques ; dans le second cas il faudra passer un Béniqué et le laisser à demeure.

On met la malade dans la position de Trendelenburg et l'opérateur se tient à sa gauche.

1^{er} temps. *Incision de la paroi et taille vésicale.* — On fait une incision médiane, commençant immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne et longue de 8 à 10 centimètres à peu près. On sectionne la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et on fend l'aponévrose de façon à découvrir l'interstice des muscles grands droits et pyramidaux. Alors l'index de la main droite, doublé d'une compresse s'insinue en-

tre ces muscles et arrivant au contact de la graisse prévésicale, au niveau du bord supérieur de la symphyse, refoule cette graisse, avec le cul de sac péritonéal de bas en haut, vers l'ombilic. La vessie se présente à la vue ; on la reconnaît à ses vaisseaux longitudinaux qui se dessinent à sa surface.

L'aide appuyant sur le Béniqué le fait basculer et la pointe vient soulever la face antérieure de la vessie. On incise le muscle vésical sur la pointe du Béniqué en se gardant de perforer avec celui-ci la muqueuse, ce que les aides ont trop de tendance à faire. Cette précaution a son petit intérêt, car si l'on incise d'emblée la vessie, jusqu'à la muqueuse, on laisse échapper cette dernière, on a de la peine à la rattraper dans la suite et on risque de faire une mauvaise incision.

Un catgut n° 2 qui traverse toute l'épaisseur de la vessie, musculuse et muqueuse, est placé de chaque côté de l'incision. Ils vont servir de fils d'appui. Entre ces deux fils, le bistouri ponctionne la muqueuse et agrandit la brèche en haut et en bas. A la limite supérieure de l'incision et de chaque côté, deux autres fils d'appui sont placés.

A ce moment, l'ouverture de la vessie n'est pas encore assez large pour donner un jour suffisant dans son intérieur. Il faut agrandir l'incision. Pour cela deux doigts de la main gauche sont introduits dans la cavité vésicale, et leur face palmaire dirigée en haut et en avant vient accrocher la face supérieure de la vessie qui est attirée au dehors. On décolle la ves-

sie du péritoine avec la main droite doublée d'une compresse.

Sur la partie ainsi décollée de la vessie on prolonge l'incision, à la limite supérieure de laquelle deux nouveaux fils d'appui sont placés. Ces derniers fils peuvent être fixés momentanément à la peau, ce qui permet l'étalement de la vessie.

Si le péritoine est ouvert au cours de ce décollement, on le referme immédiatement par une suture au catgut.

Lorsque la vessie a pu être remplie d'eau, sa face antérieure bombe nettement dès que le cul de sac péritonéal a été refoulé en haut. Il suffit de passer dans son milieu deux catguts entre lesquels on plonge hardiment le bistouri dans la cavité vésicale ; on laisse écouler le liquide et on procède après comme il a été déjà indiqué.

2^e Temps. *Mise en place de l'écarteur de Legueu.*
Exploration de la vessie. — Lorsque l'incision de la vessie est suffisante on introduit dans son intérieur l'écarteur de Legueu ; on l'ouvre de façon à bien exposer la cavité vésicale. Avec une compresse on la nettoie et on se rend compte des particularités de la fistule : dimension, rapport avec les urétères, présence de calculs ou de polypes.

3^e Temps. *Fermeture de la fistule.* — Avec une pince en cœur, à manche longue et très flexible on saisit la muqueuse vésicale en arrière de la fistule. Cette pince soulève le fond de la vessie et rapproche

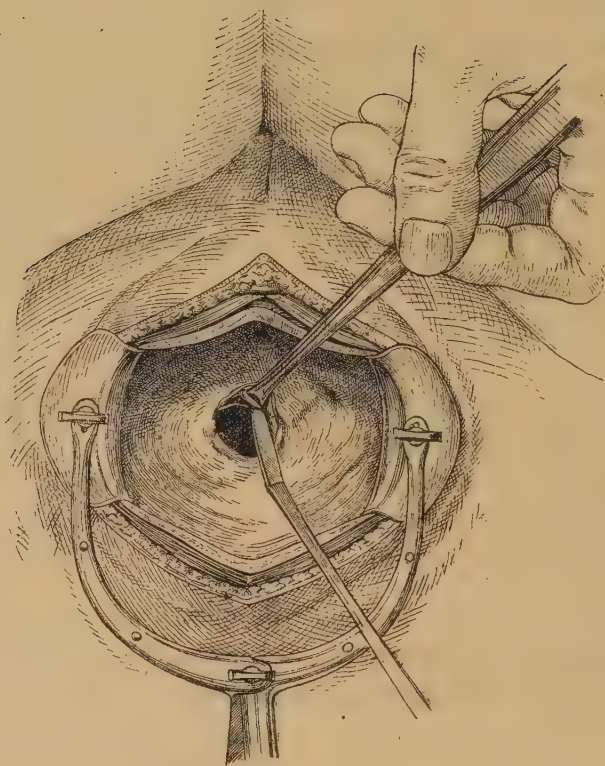


FIG. 1. — Dédoublément de la cloison vésico-vaginale du pourtour de la fistule, avec un bistouri coudé à manche longue.

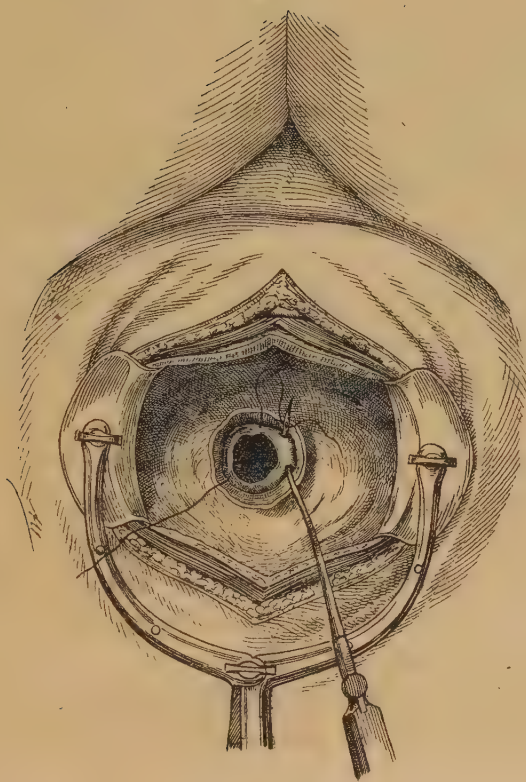


FIG. 2. — Au moyen d'une aiguille de Reverdin courbe, un fil est passé dans l'épaisseur du lambeau vaginal, tout autour de l'orifice de la fistule.

la fistule de l'extérieur, la rendant plus accessible aux doigts. Elle est confiée à un aide.

On incise le pourtour de l'orifice fistuleux avec un long bistouri coudé si la fistule est profonde, ou avec un bistouri ordinaire si elle se laisse attirer au dehors. Puis on sépare, par une dissection minutieuse au bistouri, la paroi vésicale de celle du vagin, en allant du bord de la fistule vers sa périphérie. Ce dédoublement est poussé, dans la mesure du possible, jusqu'à un centimètre et demi au moins du bord de cette fistule. C'est le temps difficile et délicat de l'opération, car pendant l'incision et la dissection, il se produit un suintement sanguin abondant et continu.

Lorsqu'on procède à ce dédoublement, on doit le faire de façon à obtenir un lambeau vésical et un lambeau vaginal d'une épaisseur à peu près égale. Le plan de clivage de la cloison vésico-vaginale que l'on trouve facilement lorsqu'on fait une colporrhaphie antérieure n'existe plus du fait des tissus cicatriciels qui entourent la fistule.

Le dédoublement fini on doit suturer séparément le vagin et la vessie pour constituer deux plans superposés.

Avec une aiguille à pédale ou tout simplement avec une aiguille de Reverdin courbe, on passe un fil dans l'épaisseur du lambeau vaginal, tout près du bord de l'orifice et on fait une suture en bourse. On enfouit cette première suture sous une autre, faite de la même façon et puis un troisième plan encore enfouit cette deuxième suture. On fait de la sorte trois

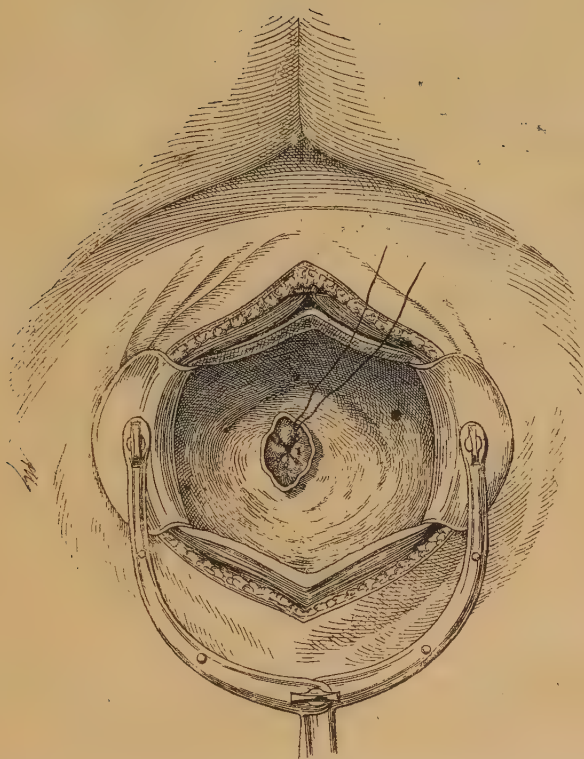


FIG. 3. — Le fil du lambeau vaginal a été noué en bourse

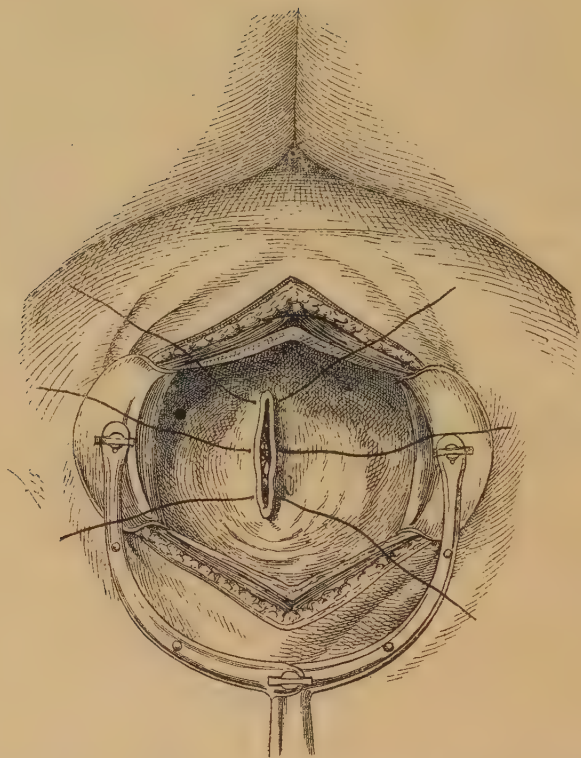


FIG. 4. — Le plan vaginal est terminé; par dessus, les lèvres du lambeau vésical sont adossées largement et trois catguts sont mis en place pour être noués séparément.

enfouissements successifs, ce qui augmente les chances de réunion des surfaces affrontées.

Pour faire cette suture vaginale, on emploie des fils de lin, qui doivent passer dans l'épaisseur des tissus sans les perforer.

Si la fistule est allongée ou si ses dimensions dépassent celles d'une pièce d'un franc, on fait des points séparés à la place de la suture en bourse.

Lorsque le plan vaginal a été achevé le lambeau vésical est facilement suturé ; le suintement sanguin abondant, pendant l'opération, diminue considérablement. Les lèvres du lambeau vésical sont adossées largement et suturées par des points séparés au catgut n° 1.

On éponge la plaie vésicale pour s'assurer qu'aucun suintement sanguin n'existe plus ; on enlève l'écarteur et on passe au dernier temps de l'opération.

4° Temps. *Fermeture de la vessie et de la paroi abdominale.* — La vessie est complètement fermée par deux plans de sutures superposés, au catgut. Les fils du plan profond ne doivent pas perforer la muqueuse ; ils passent simplement dans l'épaisseur du muscle vésical ; ils pénètrent à un demi-centimètre du bord de la plaie pour sortir presque au niveau de la muqueuse, tout près de la tranche de section. Le plan superficiel, comprenant également la couche musculaire, enfouit le plan précédent. Ces sutures sont faites au catgut n° 2.

Un petit drain est laissé à l'angle inférieur de la

plaie, sur le bord de la symphyse, et par dessus on suture l'aponévrose des muscles de l'abdomen au catgut. On ferme complètement la plaie cutanée en la suturant au crin.

L'opération est terminée ; il reste à appliquer le pansement et à placer dans la vessie une sonde de Pezzer n° 20, dont on s'assure le bon fonctionnement par de petites injections d'un liquide antiseptique.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

La malade, transportée dans son lit, est placée dans le décubitus ventral, un urinal entre les cuisses. Cette position est un peu pénible le premier jour, mais la malade s'y habitue dans la suite ; on peut d'ailleurs, dès le 3^e jour, la mettre dans le décubitus latéral « agréable et reposant », dit Richelot. La malade est constipée pendant six jours.

Aucun lavage vésical ni vaginal n'est fait dans les 3 ou 4 premiers jours qui suivent l'opération, mais il est capital de surveiller attentivement le bon fonctionnement de la sonde pour éviter qu'un caillot, en venant l'obstruer, puisse provoquer la rétention d'urine d'où résulteraient la distension de la vessie et la désunion des points suturés.

Le drain sus-pubien est retiré le troisième jour ; enfin vers le quinzième jour, la sonde à demeure est supprimée et l'on peut considérer la malade guérie.

CONSIDÉRATIONS SUR LES DIVERS POINTS
DE LA TECHNIQUE

Pour opérer commodément à l'intérieur de la vessie un jour suffisant est nécessaire et indispensable. La taille vésicale, telle que nous venons de la décrire, remplit cette condition : l'écarteur de LEGUEU maintient les muscles abdominaux et ouvrant la vessie, la déplisse, l'étale et la rend largement accessible à toutes les manœuvres.

Cette taille longitudinale n'a pas été la seule employée dans le traitement des fistules par la voie transvésicale. Trendelenburg pratiquait la taille transversale, en incisant les muscles droits au ras de la symphyse pubienne. Léopold ne se contente pas de cette incision transversale et branche sur elle une verticale de façon à obtenir une incision en T renversé. En France, tous les opérateurs, sauf Rochet, emploient la taille médiane.

La taille transversale expose aux éventrations. Pour peu que la suture de la paroi s'infecte, ce que l'on ne peut pas toujours éviter étant donné que la vessie n'est pas une cavité aseptique, les fils lâchent et les muscles en se rétractant ouvrent la plaie et entraînent des fistules ou des éventrations.

« La façon de procéder à l'occlusion de la fistule est un point capital dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Comme le disait DUPLAX, dans sa communication à l'Académie de Médecine : « Le dédoublement de paroi vésico-vaginale au pourtour de la

fistule, les deux rangs de sutures, l'une profonde et extra-vésicale, l'autre superficielle et intra-vésicale me paraissent, en effet, devoir être adoptées à l'avenir, comme le seul procédé capable d'assurer le succès de l'opération ».

C'est, en somme, le procédé que préconisa et vulgarisa DEBOUE (de Pau) s'inspirant des travaux de GERDY et DIEFFEMBACH, et renouvelé par Ricard, QUÉNU, etc... Par le dédoublement on adosse largement deux surfaces cruentées, et on fait deux plans de sutures indépendants, ce que l'on n'obtient pas en procédant par l'avivement simple ou étendu suivant la méthode américaine.

Il n'est plus besoin d'insister que la muqueuse vésicale doit être suturée au catgut. Nous savons que les fils non résorbables s'incrument de sels calcaires et donnent naissance à des calculs.

Pour mieux exposer la fistule, les opérateurs ont eu recours à des manœuvres variées, telles qu'un doigt introduit dans le vagin pour soulever la vessie et l'approcher de l'extérieur, un ballon de Petersen ou le tamponnement du vagin. Ces manœuvres sont plutôt gênantes qu'utiles car elles empêchent la mobilité des tissus. A l'aide d'une pince en cœur, à dents non pénétrantes et très élastique que M. MARION a fait construire, on peut saisir solidement et sans danger la muqueuse vésicale pour attirer le fond de la vessie et la fistule vers l'extérieur.

Après l'opération doit-on drainer la vessie et comment faut-il faire ce drainage? Tout le monde est

d'accord sur l'utilité du drainage. Que l'opération soit faite par la voie vaginale, transvésicale ou autre, il faut assurer la libre évacuation de la vessie pour empêcher que les urines accumulées provoquent sa distension et produisent la rupture des points de suture. Divers moyens ont été employés : drain hypogastrique, cathétérisme intermittent de la vessie, sonde à demeure vésicale, cathétérisme permanent des urètres.

Le tube coudé hypogastrique est un excellent moyen de drainage mis en pratique lorsqu'on veut mettre au repos une vessie très infectée, ou qui saigne, ou douloureuse. Ce n'est pas le cas des fistules vésico-vaginales.

Le cathétérisme intermittent de la vessie est dangereux, car la fréquence des manœuvres intra-vésicales est presque égale à infection surtout dans les milieux hospitaliers. Le cathétérisme permanent des urètres ouvre une voie à l'infection rénale et doit être rejeté. La sonde de Pezzer est suffisante pour assurer le drainage de la vessie et sa mise au repos. Elle a été employée dans toutes les opérations dont nous donnons les observations.

Le décubitus ventral a été préconisé par Vitrac en 1899. Il a pour but d'empêcher l'accumulation des urines au niveau de la plaie vésicale de la fistule et un écoulement possible par l'orifice qui vient d'être fermé. Elle est pénible, nous le reconnaissons, mais comme dit M. MARION à ce propos, qu'importent les moyens pourvu que les résultats soient bons. D'ail-

leurs, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, les malades s'y habituent dès le deuxième jour.

Nous n'avons pas parlé du tamponnement vaginal après l'opération. Nous pensons que cette pratique est tout à fait inutile. Le tamponnement n'a pas un but hémostatique, le suintement sanguin vaginal n'existant pas ou s'arrêtant très vite spontanément. D'autre part, si la gaze est employée dans un but d'hémostase, il faut qu'elle soit tassée fortement pour comprimer les vaisseaux qui saignent ; or cela n'aurait d'autre résultat que de forcer les sutures et de produire peut-être la séparation des lèvres de la plaie.

La gaze vaginale ne servirait qu'à favoriser la rétention et l'infection de la plaie, car elle s'opposerait à l'écoulement des sécrétions qui tendent spontanément à se faire vers la vulve, vers l'extérieur.

CHAPITRE III

Indications de la voie trans-vésicale

Chaque fois qu'une fistule est facilement accessible par la voie vaginale il est évident que c'est elle que l'on doit prendre pour la fermer.

Nous allons donc tâcher de poser les indications de la voie trans-vésicale en examinant les cas où la voie naturelle peut-être insuffisante. En même temps nous exposerons d'autres procédés qui ont été exécutés pour remplacer la voie vaginale ou pour élargir et faciliter son champ opératoire.

Trois facteurs doivent être pris en considération :

1° La fistule elle-même ; 2° les modifications du vagin et 3° l'état de la vessie.

1° INDICATIONS TIRÉES DE LA FISTULE ELLE-MÊME

a) *Etiologie*. — Nous verrons plus loin que les fistules consécutives à une hystérectomie totale sont

particulièrement justiciables de la voie trans-vésicale.

b) *Siège.* — Le siège de la fistule a une importance capitale dans certains cas. On peut dire, avec Michaux, que les fistules qui siègent au tiers moyen du vagin sont des *fistules basses*, celles qui siègent au tiers supérieur sont des *fistules hautes*. Le tiers moyen du vagin correspond au trigone vésical et le tiers supérieur au bas fond.

C'est pour les fistules qui siègent au niveau du trigone que la voie trans-vésicale est l'intervention le choix.

En effet, très fréquemment, ces fistules avoisinent les urètres et lorsqu'on opère par le vagin on risque soit de les sectionner quand on procède au dédoublement de la cloison vésico-vaginale, soit de les prendre dans la suture. Dans le premier cas on transforme la fistule vésico-vaginale en urétéro-vésico-vaginale bien plus fâcheuse par ses complications et plus difficile à guérir. Dans le second cas, on le suture lient et une atrophie du rein s'en suit, ou bien la suture lâche et la fistule recommence.

La voie trans-vésicale permet d'éviter ces accidents dangereux. La large exposition de la fistule et des orifices urétraux fait apprécier ses rapports réciproques et au besoin une sonde introduite dans l'urètre le tient constamment sous le contrôle de la vue et le protège contre toute blessure.

Chez une malade qui avait subi plusieurs interventions vaginales, SEGOND se décida à pratiquer la

taille sus-pubienne et on constata que « l'orifice urétéral confinait aux lèvres de la fistule ; fatalement on la prenait dans les sutures, ce qui explique les insuccès antérieurs ».

Dans un cas de Villard, la fistule siégeait dans le trigone et son bord atteignait les orifices urétéraux.

Une malade de Rochet avait subi quatre opérations par la voie vaginale. La taille permit de constater que l'orifice urétéral débouchait au niveau du pôle supérieur de la fistule et faisait partie intégrante du bord même de l'orifice fistuleux. Rochet procéda alors à la libération de l'urètre et sa réimplantion à l'angle supérieur de l'incision de la muqueuse vésicale, à un centimètre et demi au-dessus de la fistule. Cette opération n'aurait pas été possible par une voie autre que la voie trans-vésicale.

Le voisinage de la fistule des orifices urétéraux n'est pas la seule indication que l'on puisse tirer du siège de la fistule. On se trouve parfois en présence de *fistules hautes dans un vagin profond*. De ce fait la fistule ne peut pas être abaissée suffisamment, le champ opératoire déjà restreint dans la voie vaginale devient encore plus limité et on est obligé de travailler au bout des doigts. Pour pouvoir agir convenablement, dit ALBARRAN, pour intervenir dans de bonnes conditions, il faut voir clair et opérer à l'aise.

Pour aborder ces fistules dont l'accès est difficile à cause de leur situation profonde, Michaux proposa la *voie ischio-rectale*.

« La femme étant dans la position de Sims, on fait

« parallèlement au sillon interfessier et à un gros
« travers de pouce au-dessus de ce sillon, une inci-
« sion commençant en arrière au niveau de l'anus
« et finissant en avant à peu près au croisement de
« la grande lèvre correspondante et de l'arcade os-
« seuse ischio-pubienne. On traverse la fosse ischio-
« rectale sans rencontrer d'organe important si ce
« n'est le nerf hémorroïdal et les vaisseaux hémor-
« roïdaux inférieurs. Sur la face inférieure de cette
« ouverture on touche facilement le doigt introduit
« dans le vagin que recouvrent supérieurement les
« fibres antéro-postérieurs du releveur de l'anus. On
« incise le vagin sur le milieu de la face latérale,
« dans une étendue de 6 à 8 centimètres. Deux pin-
« ces à forcipressure saisissent les deux lèvres de la
« boutonnière et maintiennent la fenêtre ouverte.
« On a alors sous les yeux le col utérin, la région
« juxta-cervicale et toute la paroi antérieure du va-
« gin. On avive et on suture la fistule comme dans
« les procédés classiques, puis on ferme par une su-
« ture surjet la boutonnière vaginale, on met dans
« la fosse ischio-rectale une mèche de gaze iodofor-
« mée et on suture au crin de florence ».

Cette opération n'a été pratiquée qu'une seule fois avec un succès partiel.

Quelque ingénieux que soit ce procédé, dit le professeur J.-L. Faure, il ne vaut pas la voie sus-pubienne vésicale.

On peut en dire autant de la *voie vagino-parasacrée* de Chaput, laquelle ne se différencie de la voie ischio-

rectale que par une incision plus large. Cette incision commence un peu au-dessous de l'épine iliaque postéro-supérieure, suit parallèlement le bord du sacrum et du coccyx et passant entre l'anus et l'ischion aboutit au milieu de la grande lèvre. Le vagin est fendu ainsi dans toute sa hauteur.

c) *Dimensions*. — Les grandes dimensions d'une fistule ne semblent pas constituer une contre-indication à la voie vaginale, il ne manque pas d'exemples de ces larges pertes de substance réparées par la voie naturelle. Seulement, plus une fistule est large, plus il y a de chances qu'elle soit dans le voisinage des orifices urétéraux dont nous venons de montrer les dangers, et ce voisinage ne pourrait jamais être déterminé par un examen cystoscopique à cause de l'incontinence complète de la vessie. De l'avis du Professeur Delbet, la véritable indication de la voie haute c'est l'incertitude sur la situation des urétères.

La voie trans-vésicale offre peut-être un autre avantage qui ne serait pas à dédaigner : lorsqu'on intervient par cette voie, on suture les lambeaux vésicaux dans l'intérieur même de la vessie et la plaie qui en résulte est franche, sans irrégularités : lorsqu'on opère par le vagin, les lèvres de la plaie vésicale de la fistule restent en grande partie flottantes à l'intérieur de la vessie, d'où il résulte une plaie béante, anfractueuse, favorisant la rétention, l'infection, retardant la cicatrisation et pouvant entraîner la désunion des points suturés.

La malade de l'observation XIII avait une fistule

de 7 centimètres de long sur 3 de large, elle allait de l'isthme au col vésical ; les orifices urétéraux se trouvaient situés à la partie moyenne de la fistule de chaque côté, le droit à 1/2 centimètre du bord de la fistule ; le gauche à 1 centimètre. Après cinq échecs par la voie vaginale, la malade a été guérie de sa fistule dans une seule intervention par la voie trans-vésicale.

2° INDICATIONS TIRÉES DES MODIFICATIONS DU VAGIN

Ces modifications sont le rétrécissement du vagin congénital ou acquis ; les brides cicatricielles qui le cloisonnent ou le fixent aux parois du bassin ; l'absence du col utérin.

a) *Rétrécissement du vagin.* — Le rétrécissement congénital s'observe dans le jeune âge. Dans ces cas, les fistules échappent à la voie vaginale, dit Pousson, en raison de l'étroitesse des parties molles et du faible écartement des branches ischio-pubiennes dans l'enfance.

Pousson a guéri par la voie trans-vésicale une fillette qui présentait une fistule à la suite d'un calcul vésical et qui avait déjà subi deux opérations par le vagin.

Nous avons vu comment, à la suite de la réparation des escharres, qui ont déterminé la formation de la fistule, le vagin devient scléreux, cicatriciel, rétréci en partie ou en totalité. L'accès de la fistule, par la voie vaginale, devient dans ce cas, une impossibi-

lité absolue et pour le rendre possible divers moyens ont été employés. D'abord la dilatation lente et progressive du vagin avec des tamponnements répétés ou des boules de Bozeman. Berger conseillait de mener cette dilatation « avec une extrême prudence, jusqu'à ce que le doigt porté en tous sens, jusqu'à ce que le spéculum bivalve introduit dans toutes les directions, ne révèle plus de brides faisant une saillie anormale dans le vagin ». Ce sont des traitements longs, patients, douloureux et non exempts de dangers.

Les incisions libératrices, pratiquées à la manière de Chaput, élargissent la voie vaginale, mais constituent toujours une complication opératoire dont l'avantage n'est peut-être pas supérieur à la taille, car l'abaissement de la fistule n'est pas possible dans tous les cas.

b) *Brides cicatricielles.* — Elles cloisonnent le vagin ou le fixent soit au pubis, soit à l'ischion. La fistule perdue dans un diverticule qui le cache à la vue, ne peut pas être amenée à l'extérieur à cause de ses adhérences aux parois du bassin et la voie vaginale ne permet pas de l'atteindre.

Trendelenburg, dans 3 cas sur 5, et Bardenheuer dans 2 cas ont obtenu de bons résultats par la voie trans-vésicale dans des fistules adhérentes. Delbet, dans un cas, une guérison incomplète.

Schauta tâche de mobiliser la fistule en libérant les adhérences avec la rugine, par une incision prati-

quée en dehors de la grande lèvre ; un doigt introduit dans le vagin sert de contrôle à cette libération. Lorsque la fistule est mobilisée, il tamponne la plaie à la gaze iodoformée et reprend la fermeture de la fistule par la voie vaginale.

Bumm détruit les adhérences en faisant une incision qui va du bord inférieur de la symphyse pubienne jusqu'à la naissance du clitoris. Les doigts introduits dans la brèche ainsi créée repoussent en bas la paroi vaginale antérieure et la fistule est réparée de ce côté.

Fritsch et Pollosson font une laparotomie, détruisent les adhérences et ferment la fistule par le vagin.

Il suffit d'exposer ces procédés pour se rendre compte qu'ils constituent des voies aveugles ou compliquées qui ne présentent pas d'avantages sur la sécurité de la voie trans-vésicale.

Dans les cas de fistules hautes et inabaissables à cause des adhérences qui les fixent, Dittel et Forgue ont eu l'idée de les attaquer par la voie abdominale : c'est la *voie transpéritonéale*. Après laparotomie, on incise le cul de sac vésico-utérin, on détruit les adhérences, on décolle la vessie de l'utérus et du vagin et on arrive à la fistule, qu'on ferme en suturant la vessie et le vagin séparément ; par dessus, le péritoine est reconstitué. Dittel a échoué dans un cas, Forgue à eu un résultat partiel dans un cas et une guérison dans un autre.

« L'opération n'est pas commode, dit le Professeur de Montpellier, le clivage de la vessie et de l'utérus,

« gêné par les modifications cicatricielles, n'a pas
« la netteté à laquelle nous sommes accoutumés
« dans l'hystérectomie ; il faut, par une convenable
« garniture de compresses, se garer contre l'effu-
« sion de l'urine ; quand on arrive au dédoublement
« de la zone fistulaire, le placement des sutures n'est
« pas sans difficulté ». Pour faciliter les sutures, For-
gue a dû s'aider dans un cas d'une hystérectomie
complémentaire.

Voilà donc la critique adressée par un des auteurs
même de la méthode. Il nous semble que la voie
transpéritonéale est logique, mais nous n'y voyons
aucune supériorité sur la voie trans-vésicale. La pre-
mière n'est ni plus simple, ni plus commode, ni plus
sûre que la deuxième.

c) *Absence du col utérin*. — Le col utérin est sup-
primé dans les hystérectomies totales. Les ligaments
larges constituent, après la réparation des lésions
opératoires, des véritables cordes qui suspendent le
vagin et fixent la fistule. D'autre part, ces fistules
sont haut placées. Voilà un ensemble de circonstan-
ces qui empêchent l'extériorisation de la fistule et son
traitement par la voie vaginale.

En 1913, le Professeur Legueu créa pour ces fistu-
les post-opératoires la *voie trans-péritonéo-vésicale* :
après laparatomie, il incise sur sa face postérieure la
vessie qui est fendue jusqu'au vagin ; la fistule est
reconnue ; il sépare la vessie du vagin ; puis il ferme
séparément chaque organe, et termine l'opération

par une péritonisation soigneuse des surfaces cruentées.

Cette voie ouvre un large accès à la fistule et elle permet « non pas seulement le dédoublement de deux orifices mais la séparation de deux organes ». Les résultats obtenus par cette voie sont parfaits, mais la voie trans-vésicale permet d'en obtenir d'aussi bons, sans risque d'infection péritonéale. On pourrait l'éviter en protégeant soigneusement la cavité abdominale, mais il ne faudra courir ce risque que dans le cas où la voie trans-vésicale serait insuffisante, comme il arrive lorsqu'on se trouve en présence d'une petite vessie sclérosée, ratatinée, par des lésions de péricystite ou des interventions antérieures. Dans ce cas, la vessie n'a pas assez de capacité pour permettre de placer commodément dans son intérieur l'écarteur de Legueu, qui est indispensable pour l'opération trans-vésicale, et alors même qu'il serait placé il distend tellement la vessie que l'on éprouve une grande difficulté à rapprocher les lèvres dédoublées de la fistule ; il y a manque de tissus, les sutures tiraillent et on risque de faire un mauvais travail. Dans ces cas, nous croyons que la voie trans-péritonéo-vésicale est le procédé de choix.

3° INDICATIONS TIRÉES DE L'ÉTAT DE LA VESSIE

Dans les cas où l'on se trouve en présence de fistules compliquées de calculs vésicaux, il peut être indiqué d'intervenir par la voie trans-vésicale, surtout

quand le calcul est volumineux. On évite ainsi de faire une taille vaginale qui agrandirait la fistule déjà difficile à réparer par la voie basse.

La présence exceptionnelle d'un polype vésical constitue encore une indication de la voie trans-vésicale.

CHAPITRE IV

Résultats

Nous avons décrit la technique du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie trans-vésicale, nous avons posé les indications, il nous reste à donner les résultats.

Dans les 15 observations qui font l'objet de ce travail le succès a été complet. Dans deux cas on a dû intervenir deux fois, tous les autres ont été guéris dans une seule opération.

Dans neuf cas, la fistule était consécutive à une hystérectomie totale ; dans quatre cas, elle était due à un accouchement ; dans un cas, la fistule est survenue après ablation d'un col utérin suppurant après hystérectomie sub-totale ; dans un cas, il s'agissait d'une fistule traumatique. Une malade avait déjà subi deux interventions, sans succès, par la voie vaginale ; une autre avait été opérée cinq fois.

Les suites opératoires ont été très bonnes, aucune complication n'ayant été observée ; pas d'infection de la plaie, pas de fistule hypogastrique. Les malades quittent, en général, l'hôpital un mois après l'opération.

On peut dire, en résumé, que dans ces 15 cas de fistules vésico-vaginales, la voie trans-vésicale a donné 100 % de guérison.

Dans la thèse de Francey, de 1914, nous trouvons publiés 33 cas de fistule, traitées par la voie trans-vésicale, avec un succès de 65 %.

Nous pouvons constater, d'après nos observations, que les résultats se sont améliorés considérablement. Il est probable que les échecs antérieurs étaient dus à un défaut de technique et non pas à l'insuffisance de la méthode. Il y a actuellement une manière de faire, une technique simple et bien réglée qui n'est plus celle de Trendelenburg, ni de ceux qui l'ont suivi il y a 20 ou 10 ans. C'était une époque de début et partant de tâtonnement dont les résultats inconsistants, quoique intéressants, inhérents à toute période d'évolution, ne peuvent pas servir pour établir une statistique d'ensemble.

Les résultats anciens ou actuels par la voie hypogastrique transvésicale ne peuvent être comparés à ceux par la voie vaginale, car en général on n'intervient par la voie hypogastrique que dans les cas difficiles ; presque toujours, les chirurgiens généraux au moins, n'empruntent cette voie qu'en désespoir de cause. La voie vaginale donne de bons résultats pour les fistules qu'elle permet d'atteindre ; la voie transvésicale donne d'excellents résultats pour celles que la voie vaginale est impuissante à guérir ; elle présente donc une supériorité incontestable.

La voie transpéritonéo-vésicale est excellente,

mais elle doit être réservée, suivant son auteur, M. le Professeur LEGUEU, aux fistules particulièrement hautes et inabaissables, à celles qui sont consécutives à une hystérectomie abdominale totale. Les opérées par cette voie ont donné 100 % de succès, le même résultat que donne la voie transvésicale pour la même catégorie de fistules avec l'avantage que cette dernière n'expose pas aux risques d'infection péritonéale.

Il nous semble superflu d'établir maintenant une comparaison avec les autres procédés tels que la voie ischio-rectale de MICHAUX, vagino-parasacrée de CHAPUT, ou la voie trans-péritonéale de DITTEL-FORGUE, ces procédés n'ayant été pratiqués qu'un nombre très limité de fois pour servir de base à une comparaison.

Nous pouvons terminer en disant que la perfection apportée à la technique de la cure des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale constitue un réel progrès. Elle ouvre un large accès à la fistule, celle-ci vue par sa face vésicale est fermée en évitant d'une manière sûre, de blesser les urètres ; et d'une exécution facile elle n'expose pas au danger d'infection péritonéale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme M..., entrée le 7 octobre 1917.

Fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie totale, dimensions d'une pièce d'un franc, siégeant à la partie supérieure du vagin. Urines infectées.

Opération le 23 juin 1918. Cystostomie sus-pubienne. Avivement de l'orifice fistuleux, décollement de la vessie et du vagin sur tout le pourtour. Fermeture du vagin par deux points en bourse au fil de lin ; points séparés au catgut sur la muqueuse vésicale. Fermeture de la vessie, fermeture de la paroi abdominale en laissant un drainage sus-pubien. Sonde à demeure urétrale.

La malade sort le 17 février. Il reste un petit pertuis que la malade viendra se faire fermer ultérieurement.

Le 27 mars 1918, nouvelle opération par la voie vésicale ; il reste un pertuis large comme une tête d'épingle. Dédoublément, fermeture du vagin par trois points en bourse au fil de lin. Suture de la vessie au catgut, points séparés. Fermeture complète de la vessie. Sonde par l'urètre.

La malade sort le 18 avril complètement guérie.

OBSERVATION II

Madame B..., entrée le 29 octobre 1917.

Fistule vésico-vaginale de la dimension d'une pièce d'un franc, située à gauche et en haut, consécutive à une ablation, par voie vaginale, du col utérin après hystérectomie abdominale sub-totale, ayant laissé une fistule purulente, entretenue par la suppuration du col.

Opération le 6 février 1918, suivant la technique habituelle.

La malade sort guérie le 10 mars.

OBSERVATION III

Mme M..., entrée le 18 février 1918.

Fistule vésico-vaginale beaucoup plus large qu'une pièce d'un franc, située profondément sur la ligne médiane, consécutive à une hystérectomie totale. Urines très infectées.

Opération le 27 février. Technique habituelle.

La malade sort guérie le 13 mars.

OBSERVATION IV

Mme R..., entrée le 11 mars 1918.

Fistule vésico-vaginale ovulaire, divisée en deux par une bride, tout à fait à la partie profonde du vagin, consécutive à une hystérectomie vaginale pour épithélioma utérin.

Opération le 13 mars 1918. Technique habituelle.

Sort guérie le 27 mars.

OBSERVATION V

Mme D..., entrée le 22 mars 1918.

Petite fistule, de la grandeur d'un lentille, située profondément, consécutive à une hystérectomie totale.

Opération le 27 mars. Technique habituelle.

Sort guérie le 18 avril.

OBSERVATION VI

Mme M..., entrée le 10 juillet 1918.

Fistule vésico-vaginale, extrêmement large, plus qu'une pièce de deux francs, consécutive à des manœuvres pratiquées par la malade elle-même, manœuvres dont on ne peut lui faire préciser les détails. La malade prétend que cette fistule résulte de la pénétration d'un clou qui faisait saillie sur un banc sur lequel elle s'est assise.

Opération le 13 juillet. Réparation de la fistule vésico-vaginale. Technique habituelle.

2^e Opération le 7 septembre pour la réfection de l'urètre.

Sort guérie le 7 octobre.

OBSERVATION VII

Mme V..., entrée le 17 mai 1918.

Fistule vésico-vaginale, haut située, consécutive à une hystérectomie abdominale totale ; largeur d'une pièce de 50 centimes.

Opération le 25 mai. Technique habituelle. La malade sort guérie le 21 juin.

OBSERVATION VIII

Mme B..., entrée le 27 août 1918.

Fistule vésico-vaginale avoisinant le col vésical, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, consécutive à un accouchement.

Deux tentatives de fermeture ont été déjà antérieurement faites, sans résultat, par un autre chirurgien qui usa de la voie vaginale.

Opération le 9 octobre. Technique habituelle. Sort guérie le 12 novembre.

OBSERVATION IX

Mme R..., entrée le 1^{er} mars 1919.

Fistules multiples consécutives à un accouchement extrêmement laborieux.

1^{re} opération le 12 avril. Fermeture de deux fistules. La malade continuant à perdre, une seconde opération est

pratiquée le 14 juin où l'on ferme une autre fistulette extrêmement petite.

La malade à partir de ce moment perd encore ses urines mais par une fistule urétéro-vaginale. La vessie est absolument continente. La fistule porte sur l'urètre du côté droit ; le rein est douloureux. M. Marion pensait intervenir pour mettre fin à cette fistule, mais peu à peu l'écoulement d'urine diminuait, si bien que le 22 mai, la malade sortait ne perdant plus que quelques gouttes, le rein s'atrophiant certainement.

OBSERVATION X

Mme F..., entrée le 22 juillet 1919.

Fistule vésico-vaginale, consécutive à un accouchement, située près du col vésical, longueur 3 centimètres sur 2 centimètres de largeur.

Opération le 23 juillet. Technique habituelle, sort guérie le 28 août.

OBSERVATION XI

Mme R..., entrée le 3 septembre 1919.

Fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie abdominale totale, pratiquée il y a 10 ans.

Au mois de juin la vessie avait été ouverte pour l'ablation d'un calcul.

Opération le 2 octobre. Fermeture de deux petites fistules contiguës, siégeant au bas fond près de l'uretère gauche. Technique habituelle.

Sort guérie le 9 novembre.

OBSERVATION XII

Mme O..., entrée le 27 octobre 1919.

Fistule vésico-vaginale, consécutive à une hystérectomie abdominale totale, pratiquée en janvier 1919, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; située en haut et à droite de la ligne médiane.

Opération le 29 octobre. Technique habituelle. Sort guérie le 19 novembre.

OBSERVATION XIII

(Publiée dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie* du
25 février 1920)

Mme Br..., entre le 4 novembre 1919 dans le service Civile, pour une fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement survenu en 1915. Cette fistule vésico-vaginale a déjà été opérée cinq fois par M. Richelot sans succès.

Lorsque je vois la malade au spéculum, je constate qu'il existe une perte de substance énorme de la paroi supérieure du vagin et inférieure de la vessie, allant depuis la région du col vésical jusqu'à l'isthme de l'utérus ; le col utérin fait saillie dans la cavité vésicale. Il s'agit donc d'une fistule d'une étendue considérable que je préciserai mieux tout à l'heure lorsque j'en dirai les caractères, la fistule étant examinée à travers la vessie.

Malgré l'étendue de cette fistule, je proposai à la malade une intervention, espérant tout au moins remédier dans une certaine mesure à son infirmité terrible.

J'opérai la malade le 12 novembre ; la vessie étant ou-

verte, je pus constater que la fistule avait 7 centimètres de long sur 3 de large ; elle allait de l'isthme de l'utérus au col vésical ; les orifices urétéraux se trouvaient situés à la partie moyenne de la fistule de chaque côté, le droit à $\frac{1}{2}$ centimètre du bord de la fistule, le gauche à 1 centimètre environ. Comme vous le voyez, il s'agissait donc d'une fistule très considérable ayant détruit la plus grande partie du trigone et du bas-fond vésical.

Je commençai par circonscrire les bords de la fistule par une incision, je dédoublai les bords de cette fistule séparant le vagin de la paroi vésicale et cela sur une étendue de 1 centimètre et demi environ sur tout le parcours ; j'avivai la partie antérieure du col utérin qui faisait saillie dans la vessie, et, ceci fait, je me mis en devoir de fermer cette fistule. Par un premier plan de suture à points séparés, je rapprochai les bords de la paroi vaginale ; j'enfouis ce premier plan de suture par un second plan pratiqué encore au moyen de points séparés, puis ce second plan fut enfoui sous un troisième qui rapprocha encore les parois vaginales. Toutes ces sutures furent pratiquées au fil de lin, chaque plan comprenant environ 5 points de suture. Par-dessus cette suture vaginale je rapprochai la vessie au moyen de points séparés au catgut. La vessie fut fermée complètement ainsi que la paroi abdominale.

Mise en place d'une sonde de Pezzer par l'urètre.

La malade fut maintenue pendant 5 ou 6 jours dans la position ventrale ou en position latérale.

Le 28 novembre, 16 jours après l'opération, la malade pouvait être considérée comme guérie. Je retirai la sonde de Pezzer. A la suite de ce retrait pas une seule goutte d'urine ne s'échappa par le vagin : la fistule était complètement cicatrisée.

Je pus voir la réparation vésicale à la cystoscopie quel-

ques jours plus tard : on notait encore un certain œdème de la paroi vésicale inférieure avec des sillons transversaux correspondant vraisemblablement aux fils de catgut ayant coupé la muqueuse vésicale, mais tout était en bonne voie de cicatrisation et la malade est sortie complètement réparée le 5 décembre.

OBSERVATION XIV

Mme M..., entrée le 23 février 1920.

La malade a subi une hystérectomie abdominale totale le 22 décembre 1919. Trois jours après l'opération on s'est aperçu qu'elle perdait ses urines par le vagin.

A l'examen, on constate une fistule haut située, de la dimension d'une pièce d'un franc. La muqueuse vésicale fait ectropion dans le vagin. L'incontinence est complète et l'examen cystoscopique est impossible.

Opération le 28 février 1920.

La fistule se trouve à un centimètre en arrière des orifices urétéraux. Technique habituelle. La malade quitte l'hôpital complètement guérie le 28 mars.

OBSERVATION XV

Mme P...

La malade opérée par M. Riche, en juillet 1919, pour un épithélioma utérin, garde de son opération une fistule vésico-vaginale large comme une tête d'épingle en verre.

Au mois de novembre la malade vient consulter M. Marion qui pensait fermer sa fistule après étincelage. Une cautérisation est faite au mois de novembre, une autre au mois de décembre et l'on place une sonde à demeure dans la suite. Un mois après la fistule donne un peu moins mais n'est pas complètement fermée.

Au mois de janvier 1920, M. Marion ferme la fistule par voie transvésicale, suivant la technique habituelle, et la malade part guérie au bout de quinze jours.

Conclusions

1° La voie sus-pubienne trans-vésicale est une voie facile et sûre pour aborder sans danger une fistule vésico-vaginale, qui par ses modalités spéciales échappe à la voie vaginale.

2° Elle est indiquée dans les cas de :

- a) Fistule située au voisinage des urètres.
- b) Fistule large.
- c) Fistule haute dans un vagin profond.
- d) Rétrécissement du vagin, congénital ou acquis.
- e) Brides cicatricielles immobilisant le vagin.
- f) Absence du col utérin pour hystérectomie antérieure.
- g) Calcul ou polype vésical.

3° Avant d'entreprendre la fermeture de la fistule on doit soigneusement nettoyer la vulve, le vagin et modifier l'état de la vessie et des urines.

4° L'examen cystoscopique est très utile et doit être pratiqué chaque fois que la continence de la vessie le permet.

5° La taille vésicale doit être longitudinale et la fermeture de la fistule doit être faite par le procédé de dédoublement.

6° Après l'opération, on doit laisser une sonde à demeure dans la vessie ; la malade est placée dans le décubitus ventral ; les lavages vésicaux réduits au minimum.

7° Dans les quinze cas dont nous donnons les observations, la guérison a été parfaite, sans aucune complication.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. PIERRE DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :

Le recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

- ALBARRAN. — Fiésoles vésico-vaginales et vésico-utérines. Médecine opératoire des voies urinaires, page 676.
- BARDENHEUER. — Verchluss von sehr grossen Vesicovaginalfisteln, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1891, page 500.
- BAUMM. — Opération der Blasen cervixfisteln von der Blase aus *Archiv für Gynaekologie*, 1891, vol. XXXIX, page 492.
- BERGER. — *Bulletin et Mém. de la Société de chirurgie de Paris*, 1897, page 142.
- CATHELIN. — Fistule vésico-vaginale post-opératoire guérie par l'inversion endovésicale avec sondage permanent des deux urétères. *Journal d'Urologie*, 1919, tome VII, n° 1-2, page 49.
- CHAPUT. — Du débridement vulvo-vaginal, VI^e Congrès Français de chirurgie, 1892. *Revue de chirurgie*, 1892, page 443.
- Opération par la voie vagino-sacrée pour une fistule vésico-vaginale difficilement accessible. *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie*, 1910, page 819 et 1912, page 189.
- CHEVASSU. — *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie*, janvier 1912, page 183, et février 1920, page 335.
- DELBET (Pierre). — *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie*, novembre 1901, page 1032, et février 1920, page 337.

DOUMERC. — Traitement des fistules vésico-vaginales par voie hypogastrique (Thèse de Montpellier 1894-1895).

DUPIN. — Quel est le meilleur traitement opératoire des fistules vésico-vaginales ? Résultats comparés des diverses méthodes, thèse de Bordeaux, 1906.

DUPLAY. — Traitement des fistules vésico-vaginales par la suture intra-vésicale. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1895, page 585.

EMMET. — Incurable vésico-vaginal fistula ; a new method of treatment by suprapubic cystotomy. *The American Journal of obstetrics and diseases of women and children*, 1895, vol. XXXI, page 593-603.

EVERKE. — Die opération grosser fixierter Blasenscheidenfisteln nach Trendelenburg. *Zeitschrift für Gynaekologie und Urologie*, 1909, tome 1, n° 4, page 193.

FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie Médico-Chirurgicale, 1914, page 175.

FAURE (J.-L.). — *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 25 février 1920, page 335.

FORGUE. — De l'opération transpéritonéale dans le traitement des fistules vésico-utéro-vaginales. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1906, page 503.

FORGUE et MASSABLAU. — Gynécologie du Nouveau Traité de chirurgie, page 102.

FRANCEY. — Cure des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale, thèse de Paris, 1914, n° 206.

GOURVITCH. — La chirurgie vésicale des fistules vésico-vaginales. Thèse de Paris, 1912, n° 252.

HEITZ-BOYER. — *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 25 février 1920, page 335.

LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, page 265.

LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie, page 1188.

- Les difficultés opératoires des fistules vésico-vaginales. *La Clinique*, 11 avril 1913, page 226.
- De la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales opératoires. *Archives urologiques de la clinique de Necker*, 1913, tome I, page 1.
- *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie*, 29 janvier 1919, page 170. Séance de la Société Française d'urologie du 16 juin 1919. Compte rendu dans le *Journal d'Urologie*, 1919, tome VIII, n° 3, page 193.
- MAC GILL. — An opération for vesico-vaginal fistula through a supra-pubic opening, in the bladder. *The Lancet*, 1890, vol. II, page 966.
- MARION. — *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie*, 31 janvier 1912, page 188, 29 janvier 1919, page 176 et 25 février 1920, page 331.
- Technique chirurgicale, quatrième édition, 1917, page 752.
- *Journal d'urologie*, tome VIII, n° 1-2, page 51, tome VIII, n° 3, page 195.
- Trois instruments nouveaux pouvant rendre des services en urologie. *Journal d'urologie*, tome VIII, n° 3, page 191.
- MARTIN. — Etude sur le traitement des fistules vésico-vaginales, en particulier sur leur traitement par le procédé du dédoublement. Thèse de Paris, 1897.
- MAUCLAIRE. — Fistules vésico-vaginales, *Progrès Médical*, avril 1913.
- MICHAUX. — VI^e Congrès Français de chirurgie, 1892, *Revue de chirurgie*, 1892, page 442.
- Fistules urinaires, dans le *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, tome VIII, page 35.
- MICOLIER. — De l'opération combinée abdomino-vaginale dans

le traitement des fistules vésico-vaginales, thèse de Lyon, 1909.

POUSSON. — De la cystostomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales. *Archives provinciales de chirurgie*. Décembre 1894, n° 13.

RICHELOT. — IV^e congrès national d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1904, page 490.

ROCHET et MULLER. — Fistules vésico-vaginales compliquées de participation urétérale à la fistule. Leur traitement opératoire. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1910, page 1057.

ROSENTHAL. — An opération for the cure of vesico-cervical fistula by the sectio alta, with recovery. *The American Journal of obstetrics and diseases of women and childrens*, 1893, vol. XXVII, page 321.

SEGOND. — *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie*, 1900, page 912 ; et 1912, page 188.

SURIN. — L'opération des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. Thèse de Lyon, 1908-1909.

TEYNAC. — De la cystostomie préliminaire appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales. Thèse de Bordeaux, 1895.

TEDENAT et DELMAS. — Sur les fistules vésico-vaginales. *La Province Médicale*, octobre 1912.

THIERS. — Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie trans-vésicale. Thèse de Lyon, 1903-1904.

TRENDELENBURG. — Zur opération der Blasenscheidenfistel von der Blase aus. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1892, page 518 ; et 1893, page 973.

TUFFIER. — *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie*, février 1920, page 336.

VITRAC. — Le décubitus ventral permanent dans le traitement des fistules vésico-vaginales. *Revue mensuelle de gyn., d'obst. et de pédiatrie de Bordeaux*, 1899.

WILLY MEYER. — Ueber die Nachbehandlung des hohen Steinschnittes sowie über Verwendbarkeit desselben zur opération von Blasenscheidenfisteln. *Archiv für klinische Chirurgie*, 1885, t. XXXI, pages 494-524.
